



# اقتصاد بهداشت در یک نگاه

محمد حاجی زاده

دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد، بهداشت و درمان

رشد سریعی را در هزینه های مراقبت های بهداشتی خود در طول ۳۰ سال گذشته تجربه کرده اند، پیدایش اقتصاد بهداشت به عنوان یک رشته تخصصی مجزا در درون اقتصاد شگفت آور به نظر نمی رسد، در واقع اقتصاد بهداشت «مطالعه چگونگی تخصیص منابع به بخش بهداشت و توزیع آن منابع درون بخش بهداشت» می باشد که تولید خدمات بهداشتی و درمانی و توزیع آن بین جامعه در بطن این تعریف وجود دارد.

بیماری ها و نیازهای پزشکی مردم و رشد شتابان جمعیت از سوی دیگر - که همگی از عوامل اصلی رشد سریع هزینه های بهداشتی درمانی در دهه های اخیر می باشند - مسأله عرضه خدمات بهداشتی درمانی را با مشکلات و موانع جدیدی روبرو ساخته است. از این رو علم اقتصاد در بهداشت برای تعیین چگونگی ترکیب عوامل و منابع تولیدی به کار می رود و برای تولید و عرضه خدمات و کالاهای بهداشتی درمانی و رفع نیازهای بهداشتی مردم ضروری به نظر می رسد. به دلیل اینکه بیشتر کشورها

اگرچه سلامت انسان نقش اساسی در جامعه ایفا می کند، ولی کاربری اصول علم اقتصاد در این مقوله یا آنچه امروز اقتصاد بهداشت و درمان نامیده می شود تنها در سالهای اخیر مطرح شده و رواج یافته است. اقتصاد بهداشت و درمان و به عبارت دیگر اقتصاد سلامت، به معنای کاربری اصول اقتصاد در اموری است که به نحوی با سلامت آحاد جامعه ارتباط می یابد. با توجه به پیشرفتهای روزافزون دانش و تکنولوژی و روشهای درمانی از یک سو و تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی - اجتماعی، تغییر الگوی

## اقتصاد بهداشت و درمان

برده شود بسیار سودمند خواهد بود. عده‌ای معتقدند که اقتصاد بهداشت و درمان و نظریه‌هایی که در مورد روابط بین خریدار و فروشنده در بازار آزاد وجود دارد، رویادهای بازار خدمات بهداشتی و درمانی را به روشنی توصیه نمی‌کند به طوریکه استفاده از «تخت بیمارستانی» یا مصرف دارو همانند مصرف سایر کالاها نیست که در قیمت اثر بگذارد زیرا بازار خدمات دارای خصوصیات ویژه‌ای است از جمله:

الف - مصرف کننده مایل به بستری شدن در بیمارستان یا مصرف دارو نیست، بلکه مجبور است.

ب - مصرف کننده در مورد کالاها و خدمات پزشکی مورد نیاز محدودیت دارد.

ج - تولیدکنندگان این خدمات همواره به دنبال کسب سود نیستند.

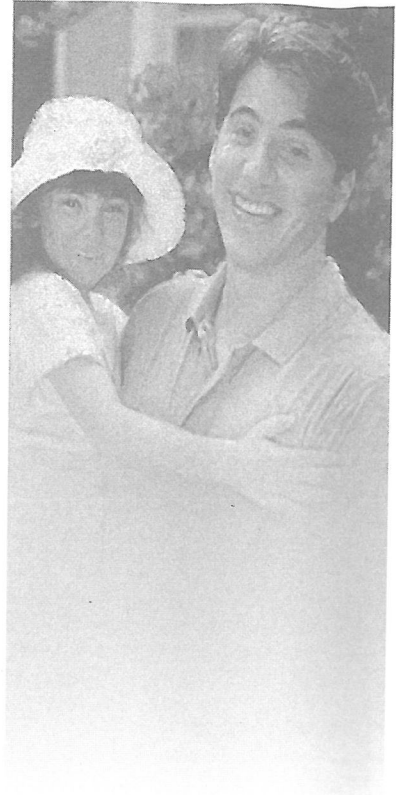
د - بین مصرف کننده و تولید کننده، پزشک قرار دارد که تصمیم نهایی را در مورد تجویز دارو، خود اطلاعات انجام آزمایش و بستری شدن در بیمارستان اتخاذ می‌کند.

ه - تقاضای مصرف کننده برای مراقبتهای درمانی کاملاً تصادفی است. به طور کلی اقتصاد بهداشت را می‌توان بدین ترتیب تعریف کرد:

«مطالعه و بررسی کمیت، قیمت و ارزش منابع محدودی که به بهداشت و درمان اختصاص می‌یابند و نحوه ترکیب این منابع برای تولید خدماتی معین به طوریکه به بالاترین بهره‌وری و کارایی برسند» با توجه به این تعریف، هر برنامه و طرح بهداشتی علاوه بر جنبه‌های درمانی پیشگیری و غیره، یک جنبه اقتصادی نیز دارد. در تجزیه و تحلیل بر اساس نظم خاصی که به طور کلی بر اقتصاد حاکم است، اقتصاد بهداشت و درمان نیز به دو شاخه خرد و کلان تقسیم می‌شود. در شاخه خرد واحدهای تولیدی و خدماتی به طور منفرد بررسی می‌شوند (مانند بیمارستان، مرکز بهداشت یا مطب پزشک) اقتصاد خرد، کارایی و قدرت عمل نیروی انسانی و سرمایه را همراه با مسایل هزینه، قیمت و مطلوبیت و سطح عملیات می‌سنجد، البته اطلاعات حاصل از شاخه خرد اقتصاد بهداشت و درمان مبنای محاسبات هزینه‌های عمومی در برنامه ریزی کلی بهداشت و درمان قرار می‌گیرد. در شاخه کلان ابتدا فعالیت تک تک واحدهای صورت کلی و در یک مجموعه بررسی می‌شود و سپس سهم کل منابع به کار رفته در خدمات بهداشتی و درمانی را با مبالغی که به سایر فعالیتهای اقتصادی تخصیص یافته است مقایسه می‌شود. به عبارت دیگر در شاخه خرد درباره جز جز منابع و چگونگی

اقتصاد بهداشت و درمان شاخه جدیدی از علم اقتصاد است (البته عده‌ای آن را شاخه‌ای از بهداشت و پزشکی اجتماعی می‌دانند) که سابقه آن به یک تعبیر به دهه ۱۹۵۰ برمی‌گردد. یعنی زمانی که بحث تأمین مالی مخارج بهداشت و درمان به عنوان یک کالای عمومی در اقتصاد بخش عمومی مطرح می‌شود و یا زمانیکه به عنوان یک صنعت از آن نام برده می‌شود، اما کاربرد سیستماتیک مفاهیم اقتصادی در شاخه اقتصاد بهداشت و درمان نسبتاً جدید است و به دهه ۱۹۷۰ بر می‌گردد به طوریکه اولین کنفرانس بین‌المللی در رابطه با اقتصاد بهداشت و درمان در سال ۱۹۷۳ برگزار شد و به دنبال آن کتابی در زمینه اقتصاد بهداشت و درمان در سال ۱۹۷۹ نوشته شد.

زمانیکه کنیت ارو دارنده جایزه نوبل در سال ۱۹۶۳، توجه خودش را به اقتصاد بهداشت نشان داد در پایه گذاری اقتصاد بهداشت به عنوان یک رشته مجزا کمک کرد. مقاله او یکی از مقالات مهم و اولیه در اقتصاد بهداشت می‌باشد که به شیوع عدم اطمینان در مراقبت بهداشتی درمانی، هم در زمینه تقاضا و هم در زمینه عرضه اشاره دارد. این شاخه از اقتصاد به دو زیر شاخه تقسیم می‌شود: اقتصاد بهداشت و اقتصاد مراقبتهای درمانی (این تقسیم بندی در رابطه با موضوع هر شاخه است). اقتصاد مراقبتهای درمانی در مقایسه با اقتصاد بهداشت توجه اقتصاددانان را به خود جلب کرده است در حالیکه اعتقاد بر این است که بهداشت اولی‌تر است، زیرا تقاضا برای مراقبتهای درمانی یک «تقاضای مشتق» و از تقاضا برای بهداشت ناشی می‌شود. از طرفی اقتصاد مراقبتهای درمانی در مواردی به علت مشکلات اندازه‌گیری، ارزش گذاری و تجزیه و تحلیل بهداشت، هم در عمل و هم در تئوری دچار مشکل شده است زیرا در عمل می‌دانیم که اجرای برنامه‌های بهداشتی مانند دفع زباله و فاضلابها و نیز تهیه آب آشامیدنی بهداشتی و سایر برنامه‌های بهداشت عمومی، در امر درمان اثر دارد ولیکن نمی‌توان مشخص کرد، وقتی بهبود و توسعه‌ای در سلامت افراد جامعه صورت گرفته است، چه میزان آن ناشی از برنامه‌های بهداشتی و رعایت اصول بهداشت و چه میزان آن ناشی از مراقبتهای درمانی بوده است. البته برخی معتقدند ارزیابی صرفاً اقتصادی از خدمات بهداشتی و درمانی به دلیل طبیعت انسانگرایی و دوستانه این خدمات کاری بیهوده است ولیکن می‌توان گفت که هرگاه ارزیابی در راستای سنجش کارایی و استفاده بهینه از منابع



**اقتصاد بهداشت و درمان شاخه جدیدی از علم اقتصاد است که سابقه آن به یک تعبیر به دهه ۱۹۵۰ برمی‌گردد. یعنی زمانی که بحث تأمین مالی مخارج بهداشت و درمان به عنوان یک کالای عمومی در اقتصاد بخش عمومی مطرح می‌شود**

**بهداشت یک کالای واسطه‌ای است که هم بر تولید اثر می‌گذارد و هم یک کالای نهایی می‌باشد**

اقتصاد آمریکا برای خدمات و کالاهای نهایی خرج می‌شود، یک دلار به سمت بخش بهداشت می‌رود. به طوریکه این رقم در سال ۱۹۸۰ یک دلار از ۱۱ دلار و در سال ۱۹۶۰ فقط یک دلار از ۲۰ دلار بوده است. لازم به ذکر است برای محاسبه سهم GDP خرج شده برای بخش بهداشت هزینه‌ها و GDP برحسب دلارهای رایج (نرخ روز) اندازه‌گیری می‌شوند و اثرات تورم کلی از آن بیرون کشیده می‌شود. نمودار زیر سهم بخش بهداشت از کل GDP کشورهای واقع در مدیترانه شرقی (EMRO) سازمان بهداشت جهانی را نشان می‌دهد.

نمودار شماره ۱: سهم مخارج کل بهداشت از GDP در سال ۲۰۰۰

## کشور

۱۱/۸	لبنان
۸/۱	اردن
۷/۹	قبرس
۷/۰	تونس
۵/۵	ایران
۵/۳	عربستان سعودی
۵/۰	جیبوتی
۵/۰	یمن
۴/۷	سودان
۴/۵	مراکش
۴/۱	بحرین
۴/۱	پاکستان
۳/۸	مصر
۳/۷	عراق
۳/۳	جمهوری لیبی
۳/۲	قطر
۳/۲	امارات عربی
۳/۰	کویت
۲/۸	عمان
۲/۵	جمهوری یمن
۱/۳	سومالی
۱/۰	افغانستان

نمودار شماره ۱ سهم بخش بهداشت از کل GDP کشورهای واقع در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) سازمان بهداشت جهانی را نشان می‌دهد. همانطور که دیده می‌شود سهم GDP بخش بهداشت در ایران ۵/۵ درصد می‌باشد و بالاترین سهم در بین کشورها مربوط به کشور لبنان با سهم ۱۱/۸۷ درصد و کمترین آن کشور افغانستان با ۱ درصد می‌باشد. لازم به ذکر است هزینه سرانه بخش بهداشت در میانگین نرخ ارز (دلار آمریکا) و دلار بین المللی در سال ۲۰۰۰ برای ایران به ترتیب ۲۵۸ و ۳۳۶ دلار بوده است.

ب) اهمیت اقتصاد بهداشت در مخارج شخصی: به دلیل اینکه بخش بهداشت سهم زیادی در تولید

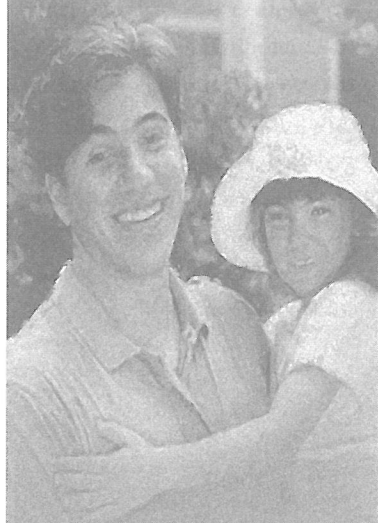
تخصیص آن به بخش بهداشت و درمان برای دستیابی به حداکثر بازدهی مطلوب بحث می‌شود، در حالیکه در شاخه کلان رابطه بین منابعی که بخش بهداشت و درمان و سایر بخش‌های اجتماع تخصیص داده شده، با این هدف که کلیه شاخص‌های مهم توسعه هماهنگ رشد کند و حداکثر بازدهی را داشته باشد، مورد بررسی قرار می‌گیرد. بهداشت از دو جنبه یاد شده مقوله‌هایی را تحت پوشش قرار می‌دهد که از جمله مقوله‌های کلان آن می‌توان به تشکیل سرمایه، خصوصی سازی، کارآیی، اندازه اقتصادی بخش، ترکیب تولیدات آن به صورت خصوصی و دولتی، سیاستگذاری بخش عمومی و ایجاد زمینه‌های مشارکت مصرف کنندگان و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اشاره کرد و از منظر اقتصاد خرد بهداشت، بهداشت یک کالای واسطه‌ای است که هم بر تولید اثر می‌گذارد و هم یک کالای نهایی می‌باشد. با توجه به اینکه استفاده از کالاهای و خدمات برای هر فرد ایجاد مطلوبیت می‌کند، می‌تواند به عنوان کالای نهایی نیز مطرح گردد، بسیاری از کشورهای پیشرفته محور اصلی و پایه تئوری تقاضای مصرف کننده می‌باشد.

## گستره و حیطه اقتصاد بهداشت:

بهداشت و مراقبت پزشکی بحث‌های سیاسی و اقتصادی عمده‌ای را تشکیل می‌دهند و به دلیل اینکه بیشتر کشورهای رشد سریعی را در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی خود در طی ۳۰ سال گذشته تجربه کرده‌اند. توجهات ویژه به مساله اقتصاد بهداشت نباید شگفت آور باشد به طوریکه در چند سال اخیر گستره حیطه اقتصاد بهداشت و میزان مشارکت این بخش در کل اقتصاد از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده و از ابعاد مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. در ادامه به دو بعد مهم که در بررسی حیطه و گستره اقتصاد بهداشت همواره مورد توجه بوده اشاره می‌کنیم.

## الف) سهم بخش بهداشت از تولید ناخالص داخلی کل کشور:

مراقبت‌های بهداشتی مجموعه‌ای از خدمات، محصولات، نهاده‌ها، مقررات و نیروی کار می‌باشد که در حال حاضر سهم قابل ملاحظه‌ای از GDP بیشتر کشورها را به خود اختصاص می‌دهد. نگاهی گذرا به GDP، روند رو به رشدی در طی سال ۳۰ سال گذشته نشان می‌دهد. به طوریکه برای مثال در حال حاضر در کشور آمریکا این سهم از ۳/۵ درصد در سال ۱۹۵۰ به ۱۴/۷ درصد در سال ۲۰۰۰ رسیده است. در واقع در حال حاضر از هر ۷ دلاری که در



شمار شغل ها در بخش بهداشت و درمان جنبه معکوس مخارج صرف شده برای مراقبتهای بهداشتی درمانی، از طریق شغل هایی که بخش بهداشت ایجاد شده اند، بازتاب می یابد. بنابراین با افزایش مخارج بهداشتی کشورها، نظام مراقبت بهداشتی به طور فزاینده منبعی برای استخدام نیروی انسانی عمل می کند و برعکس با کاهش مخارج صرف شده روی مراقبت بهداشتی در اصل به مفهوم کاهش فرصت های شغلی است. در ادامه برای نشان دادن اهمیت بخش بهداشت بر نیروی کار به تعداد و توزیع شاغلین در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمانهای وابسته اشاره (جدول شماره ۲) و در این ارتباط روند رو به رشد پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۰ نشان داده شده است (جدول شماره ۳).



یعنی خوراکی و دخانی شده است. این یافته ها همچنین نشان می دهد در سال ۱۹۹۷ مصرف کنندگان ۱۷/۴ درصد از بودجه خودشان را برای مراقبت های پزشکی در مقابل ۱۵/۱ درصد را برای غذا و تنباکو و ۱۵/۱ درصد را برای مسکن خرج کرده اند. این آمار تغییر عمده ای را در الگوی مصرف مردم نشان می دهد به طوریکه در سال ۱۹۶۰ غذا حدود ۲۵ درصد، مسکن ۱۵ درصد و مراقبت پزشکی فقط ۵ درصد از بودجه مصرف کنندگان را تشکیل می داده اند. جدول شماره ۱ درصد مخارج خانوار بر مواد خوراکی و غیر خوراکی را برای سالهای ۱۳۷۵-۸۰ نشان می دهد همانطوریکه مشاهده می شود در تمام سالها به غیر از سال ۱۳۷۶ درصد مخارج بهداشت و درمان در مناطق شهری بیشتر از روستایی بوده است و در طی این دوره روند رو به رشدی را در

ملی دارد، بنابراین گستره اقتصاد بهداشت از طریق دیگر نشانه های کلیدی نیز منعکس می شود. دو نمونه از این نشانگرها که خصوصاً به سطح شخصی مربوط می شوند عبارتند از:  
الف- سهم هزینه های مراقبت پزشکی از کل مخارج ب- شمار شغلها در بخش بهداشت  
۱- سهم هزینه های مراقبت پزشکی از کل مخارج: مخارج مراقبت پزشکی در بیشتر کشورها خصوصاً در کشورهای توسعه یافته سهم قابل توجهی را در مخارج شخصی تشکیل می دهد و پیشرفتهای روز افزون دانش، تکنولوژی و روش های درمانی، افزایش آگاهی افراد و تغییر در شیوه و متعاقب آن تغییر الگوی بیماری و نیازهای پزشکی به این مسئله در اکثر کشورهای دامن می زند. به طوریکه بررسی ها در آمریکا نشان می دهد، در سال ۱۹۹۲ مراقبت های پزشکی جانشین بزرگترین بخش از هزینه ها

جدول شماره ۱: درصد مخارج خانوار بر مواد خوراکی و غیر خوراکی از سال ۱۳۷۵-۸۰

سال	۱۳۷۵		۱۳۷۶		۱۳۷۷		۱۳۷۸		۱۳۷۹		۱۳۸۰	
	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری
خوراکی و دخانی	۴۶/۶	۳۰/۸	۴۵/۸	۲۹/۷	۴۷/۵	۳۱	۴۴/۶	۲۹/۹	۴۲/۳	۳۸/۲	۴۱	۲۵/۶
غیر خوراکی :	۵۳/۴	۶۹/۲	۵۴/۲	۷۰/۳	۵۲/۵	۶۹	۵۵/۴	۷۰/۱	۵۷/۷	۷۱/۸	۵۹	۷۴/۴
پوشاک و کفش	۱۳/۸	۱۱/۱	۱۳/۱	۱۰/۴	۱۲/۱	۸/۹	۱۰/۸	۸	۱۰/۸	۷/۸	۹/۱	۶/۹
مسکن	۱۴/۸	۳۳/۵	۱۵/۳	۳۳/۶	۱۴/۹	۳۳/۸	۱۵/۳	۳۳/۳	۱۵/۹	۳۱/۴	۱۲/۲	۳۱/۹
لوازم، اتاقه، ملزومات و خدمات خانوار	۷/۸	۶/۴	۷/۸	۶	۷/۶	۵/۹	۷/۳	۵/۹	۷/۶	۵/۷	۷/۹	۶/۱
بهداشت و درمان	۵/۱	۵	۵/۳	۵/۱	۴/۹	۵/۲	۶/۱	۶/۲	۶/۱	۶/۲	۶/۲	۷
حمل و نقل	۵/۴	۶/۶	۵/۹	۸	۵/۸	۷/۹	۶/۵	۸/۷	۶/۷	۹/۷	۷/۱	۱۰/۶
تفریحات، سرگرمیها و خدمات فرهنگی	۱/۹	۳/۲	۲/۳	۳/۴	۲/۴	۳/۴	۲/۳	۱/۳	۲/۳	۳/۲	۲/۶	۳/۴
کالاهای و خدمات متفرقه	۴/۶	۳/۵	۴/۵	۳/۷	۴/۸	۳/۹	۷/۱	۵/۹	۸/۳	۷/۳	۸/۹	۸/۵

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی شاغلین در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمانهای وابسته ۱۳۸۰

مشاغل	هیأت علمی	پزشک و مقاطع دکترای غیر هیأت علمی	پیرا پزشک	سایر کارکنان	جمع
تعداد	۹۵۵۶	۱۶۲۹۰	۱۵۲۳۹۴	۱۳۳۱۷۶	۳۰۱۴۱۶
درصد	۳٪	۵٪	۵۱٪	۴۱٪	۴۰٪

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان در ایران در سال ۱۳۷۵-۸۰

درصد تغییر	سال							مشاغل
	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۱	۱۳۸۰	
پزشک	۵۰۷۷۰	۵۵۳۷۲	۵۹۷۱۰	۶۳۳۳۱	۶۷۰۴۶	۷۲۷۹۲	۵/۹	۸/۶
دندانپزشک	۹۴۲۷	۱۰۶۱۵	۱۱۴۲۱	۱۲۱۶۸	۱۲۹۲۶	۱۳۵۱۲	۶/۲	۴/۵
دارو ساز	۶۸۱۶	۱۱۴۱۲	۸۷۵۳	۹۲۰۹	۹۷۷۴	۱۰۸۲۰	۶/۱	۱۰/۷